

# Les polítiques de salut: orígens, contradiccions i reptes

**Joan Benach,  
Juan M. Pericàs,  
Alba Llop  
i Ana Martínez<sup>20</sup>**

Universitat Pompeu Fabra

# #14

## **1. ORÍGENS. Quins són els trets fonamentals del sistema de salut a Catalunya?**

El Sistema Català de Salut (SCS) té el seu origen el 1981, després que l'Estat espanyol completés les transferències sanitàries i l'IN-SALUD es transformés el 1983 en l'Institut Català de la Salut (ICS). Des del seu inici, el sistema de salut de Catalunya va posar l'accent en l'atenció curativa, i al costat de la xarxa transferida de centres públics hi haurà la de centres concertats, amb l'ICS com principal proveïdor i gestor de serveis sanitaris (el 77% de l'atenció primària i d'altres entitats, incloent-hi les privades amb ànim de lucre). Al mateix any es creà el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) (des del 2010, Consorci de Salut i Social de Catalunya, CSC), i el 1985

apareix la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), composta per hospitals de l'ICS, el CHC i la resta d'hospitals "semipúblics" o privats del sistema. Amb els anys, el sistema s'ha fet cada cop més complex i fragmentat, i han aparegut noves formes de gestió i molts trets mercantilitzadors i privatitzadors. Un moment cabdal fou l'aprovació el 1990 de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC). Un any més tard neix el Servei Català de la Salut (que a partir del 2001 s'anomenà CatSalut), amb funcions de finançament, avaluació i compra de serveis sanitaris, separant les funcions de finançament i provisió de serveis, i quedant la governança i la planificació per al Departament de Salut. El 1991 també es presentà el document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, on tot i parlar-se dels determinants de salut i esmentar el ministre de Salut i Benestar canadenc, Marc Lalonde, es va reafirmar el focus sanitari del sistema de salut. Un segon moment clau fou la reforma de la LOSC, el 1995, que oficialitzà la introducció de "l'ànim de lucre" en la gestió de la sanitat pública. Tot el complex conjunt de processos legals, socioeconòmics i polítics que s'han anat sobreposant han construït un sistema de salut que roman gairebé universal i amb un bon nivell general de qualitat, però també amb una mercantilització creixent, molt procliu als processos de corrupció i amb seriosos problemes i necessitats de salut pública sense cobrir. Val a dir que, amb l'excepció de la ciutat de Barcelona, el coneixement i l'acció política a Catalunya sobre els determinants socials associats a les desigualtats en salut és molt limitat. La compromesa i "astuta" mercantilització del model sanitari, aguditzada per les fortes retallades del sistema públic (tan sols revertides de manera molt parcial el 2017), conjuntament amb l'RD 16/2012 espanyol en la seva adaptació a Catalunya, i un seguit d'estratègies molt diverses, han anat deteriorant el sistema sanitari i empitjorant el treball dels i de les professionals, amb efectes molt negatius per a la salut i l'equitat de la població. Actualment, l'SCS té importants actius però també fortes limitacions que cal valorar críticament.

## **2. DOTZE CONTRADICCIONS. Quins són els avenços, els problemes i les necessitats?**

L'SCS ha estat qualificat com un “model d'èxit” per polítics, experts, comunicadors i col·lectius propers a l'establishment i afavoridors d'una visió neoliberal i mercantil de la sanitat. En canvi, l'SCS ha estat fortament qüestionat per les seves insuficiències, inequitats i tendències mercantilitzadores per partits, grups socials crítics i els moviments socials en defensa d'una sanitat pública democràtica i de qualitat. És probable que bona part de la ciutadania valori que l'SCS ha mostrat avenços notables al llarg del temps, però que alhora també pensi que és un model que té problemes molt seriosos i necessitats no cobertes i que, seguint els models nòrdics tradicionals de benestar social i l'informe sobre determinants socials de la salut de l'OMS del 2008, podria millorar substancialment. A continuació resumim algunes de les principals contradiccions del sistema.

**1. La universalitat i la qualitat dels serveis enfront de les retallades i del subfinançament crònic del sistema.** Tal com es veu en els plans de salut de Catalunya (PSCat) i altres documents, l'SCS ha mostrat tenir una vocació d'universalitat i màxima qualitat, que tanmateix mai no ha aconseguit del tot, i que recentment ha empitjorat. Tot i que és cert que el pressupost sanitari s'associa al pressupost global de la Generalitat i aquest a la lluita per obtenir —d'una o d'una altra— un major control dels recursos econòmics generats a Catalunya, el volum i la prioritització del pressupost de salut és una decisió política.

**2. La cerca d'eficiència i equitat enfront dels processos de privatització i mercantilització de la sanitat.** La voluntat de millorar l'eficiència de l'SCS manifestada per exemple des del 2010 en els informes de la Central de Resultats dels centres sanitaris públics de Catalunya, juntament amb la vocació d'augmentar l'equitat repetida pels diversos consellers/es

de Salut des dels seus orígens, xoca frontalment amb un sistema sanitari hospitalocèntric dissenyat per reorganitzar els recursos hospitalaris, maximitzar la productivitat hospitalària i flexibilitzar la política laboral, però no per obtenir una major eficiència i equitat de salut globals.

**3. L'emfatització de l'atenció i la qualitat hospitalària enfront de la minsa despesa en atenció primària, comunitària, sociosanitària i de la salut mental.** No hi ha dubte que els darrers decennis a Catalunya ha millorat notablement l'accés i la qualitat dels serveis oferts per la xarxa hospitalària; en canvi, l'atenció primària ha estat sistemàticament oblidada, amb una manca crònica d'inversions i una reducció de recursos i plantilla de professionals que té impacte, per exemple, en el poc temps per fer les visites i en una capacitat d'actuació limitada. El fort model "d'hospitalocentrisme" fa que la major part de recursos, prestigi i visibilitat social vagin a parar als grans hospitals, així com a les tecnologies biomèdiques més sofisticades i cares, alhora que es menysté i se subfinança els altres tipus d'atenció.

**4. L'alt nivell de preparació, responsabilitat i qualitat de la majoria de professionals sanitaris enfront de la seva precarització laboral.** Al PSCat 2016-2020 s'esmenta la "sobrecàrrega assistencial i la precarització de la major part dels professionals de la sanitat", que al costat d'altres col·lectius com auxiliars/tècnics o les persones que treballen en la neteja es troben en condicions creixentment precàries. Segons l'informe *La precarietat laboral del col·lectiu mèdic* del CoMB, la inestabilitat laboral en metges menors de 45 anys és superior al 50%, el 25% dels especialistes no troben feina en acabar la seva formació i la temporalitat arriba al 87%. Un estudi amb dades de l'Estat espanyol mostra que 4.580 infermeres van sol·licitar l'acreditació per treballar a Europa entre el 2010 i el 2013.

**5. La millora del coneixement tècnic i especialitzat dels i de les professionals sanitaris enfront de l'absència d'una mirada humanística i integral de la salut.** Al llarg dels darrers decennis, el nivell de formació de moltes i molts professionals de la sanitat ha millorat substancialment, que han adquirit coneixements tècnics especialitzats cada cop més avançats. Al mateix temps, però, la formació en ciències de la salut ha estat cada vegada més cooptada per una visió biomèdica, centrada exclusivament en la malaltia, els factors biològics i genètics i els factors de risc associats amb estils de vida poc saludables, a banda de la forta tendència jeràrquica entre professionals sanitaris i el paternalisme mèdic amb els pacients, factors sovint lligats al classisme i el sexisme. Entre les raons d'aquesta situació destaca la continuada intervenció de la indústria farmacèutica en la formació continuada dels i de les professionals i les seves agressives polítiques de màrqueting, que també s'han adreçat a les associacions de malalts i últimament cap a la infermeria.

**6. L'augment de l'accés a medicaments i tecnologia sanitària enfront d'un tipus de sanitat cada cop més medicalitzada i generadora de iatrogènia.** La millora en l'accés a medicaments i noves tecnologies, així com de proves diagnòstiques i d'intervencions sanitàries essencials, ha crescut gradualment, essent en general de força utilitat, tot i que no sempre equitativa. Això es contraposa a un problema de salut pública sovint desapercebut però molt important: la medicalització de la sanitat i l'ús inadequat i abusiu de procediments i de tecnologia sanitària, incloent-hi els medicaments. S'estima que aproximadament el 30% de la utilització dels mitjans tecnològics per al diagnòstic s'usen de manera inadequada o massa sovint, i de vegades amb seriosos riscos per a la salut.

**7. L'elevat interès i valoració de la promoció, la prevenció i la gestió de la salut pública enfront de l'absència**

**d'inversions en salut pública, salut laboral, ambiental i mental, entre d'altres.** Tot i la continuada referència

retòrica a la importància de la salut pública i a la necessitat de la seva expansió, la inversió en salut pública en els seus distints components és minsa des de fa molt temps. El molt pobre 1,3% dedicat l'any 2017 al pressupost de les polítiques de salut pública (programa 414 de Salut Pública) n'és un bon exemple.

**8. La visibilització, la referència i la utilització cada cop més comuna dels anomenats determinants socials de la salut en documents i presentacions públiques enfront de la manca d'acció política sobre aquests.** El PSCat diu

que "la distribució dels indicadors de salut segons determinants socials permet analitzar les causes de desigualtat social en salut en una comunitat i són el pas previ per establir mesures correctores en forma de polítiques".

Això s'acompanya d'una forta exaltació retòrica sobre la necessitat de fer "salut a totes les polítiques". Tanmateix, no es troba cap menció explícita de les accions i dels recursos necessaris per entomar els determinants socials de la salut.

**9. La utilització freqüent de la necessitat d'una millor equitat en salut enfront de la manca d'acció sobre aquesta i l'absència de la seva avaluació.** El PSCat apunta com

una de les seves principals prioritats la reducció de les desigualtats en salut, alhora que emfatitza la necessitat d'actuar enfront dels "estils de vida". A Catalunya, el coneixement sobre la desigualtat social en salut és encara limitat, però més que suficient per passar a l'acció. Tanmateix, no s'han implementat programes i intervencions adreçats a augmentar l'equitat en salut amb polítiques basades en l'"universalisme proporcional" que alhora millorin la salut poblacional i actuïn prioritàriament amb i per a les persones que es troben en una situació més vulnerable.

**10. L'ampliació i la millora dels sistemes d'informació clínics i sanitaris enfront de l'absència d'un sistema social i sanitari integral capaç de conèixer el conjunt biopsicosocial de la salut.** No hi ha dubte que els sistemes d'informació clínica i sanitaris han millorat notablement en els darrers anys amb la seva reorganització i digitalització. No obstant això, actualment no existeix un sistema d'informació de salut pública sociosanitari integral i de qualitat que permeti analitzar i valorar tot l'iceberg biopsicosocial de la salut i les desigualtats.

**11. El creixement notable d'inversions i activitats de recerca biomèdica enfront de l'absència de suficients recursos per a la investigació dels determinants socials i l'avaluació de polítiques sociosanitàries.** La recerca en salut és un dels aspectes que el PSCat s'ha proposat potenciar. Així, s'esmenta que la participació de professionals i usuaris/àries és fonamental per "assegurar un sistema que, des de la recerca i la innovació en processos i serveis, s'orienti a proporcionar als ciutadans serveis d'excel·lència que en cobreixin les necessitats en salut". La major part dels recursos esmerçats en recerca s'adrecen avui dia al sector biomèdic, empresarial i tecnològic més que no pas a una recerca de salut pública que posi l'accent en els factors polítics, socials, conductuals i biològics de forma integral, incloent-hi l'avaluació de les intervencions.

**12. La sovintejada menció de la necessitat de crear una sanitat transparent i democràtica enfront l'opacitat, el classisme i la poca participació popular.** Avui, la participació ciutadana en l'àmbit de l'equitat en salut és a les beceroles, i caldrà desenvolupar una democràcia realment participativa en què la recerca, la planificació i l'avaluació basada en la comunitat i la generació de pressupostos participatius ocupin una posició prioritària. Un exemple destacable és el recent Pla de salut mental de Barcelona.



### **3. DOTZE REPTES. Quina salut pública comuna necessitem per al 2020?**

Per fer front als reptes de la salut pública comuna dels propers anys cal partir de tres premisses: la salut i la malaltia són fenòmens biopsicosocials. En la seva generació i desigualtat hi tenen un paper essencial els factors socials i polítics; la intervenció sociosanitària ha de ser efectiva, mesurada i de qualitat, tècnicament i humana; i la sanitat i la salut pública han de ser béns comuns i no mercaderies a l'abast dels qui la puguin comprar. Per evitar que la sanitat sigui un negoci i fer que la salut sigui un dret i un bé comú real per a tota la col·lectivitat s'ha de reformular el model actual de salut, generant una sanitat pública (en la propietat, la provisió, la gestió i l'avaluació de serveis) que ofereixi un servei universal i equitatiu, gratuït (pagat amb impostos i sense "repagaments"), humà, de qualitat i centrat en l'atenció primària, els determinants socials de la salut i la salut pública. Un sistema sanitari controlat des de l'interès comú, sense espai per a l'ànim de lucre i en el qual ningú faci negoci amb la nostra salut. Un sistema on totes les/els professionals (mèdics, d'infermeria, auxiliars d'infermeria, tècnics, serveis de neteja) tinguin bones condicions laborals, veritablement controlat i gestionat de manera pública i democràtica, i amb la participació comunitària directa d'una població apoderada que ha d'assolir el màxim nivell possible de coneixement sanitari, cultura de salut pública i participació social. Des d'una visió crítica de la salut pública enunciem en forma de dodecàleg ("Els 12 cal") els principals reptes per al 2020.

- 1** Cal **augmentar la despesa** en el sistema de salut públic, eliminant el subfinançament crònic.
- 2** Cal **desprivatitzar i desmercantilitzar** la sanitat, creant un sistema integralment públic, comú i de qualitat.
- 3** Cal donar la màxima **prioritat** a les atencions **primària, comunitària i sociosanitària**.
- 4** Cal **desprecaritzar** les condicions d'**ocupació i treball** de totes les/els professionals.
- 5** Cal oferir als i a les professionals una **educació i formació** sanitària continuada més integral i humanística, més enllà del model biomèdic hegemònic i dels interessos de la indústria farmacèutica.
- 6** Cal **desmedicalitzar** molts processos sanitaris danyosos (iatrogènia), no suficientment avaluats de forma independent, i aplicar les intervencions i la tecnologia de forma mesurada.
- 7** Cal més i millor inversió en **salut pública** (laboral, ambiental, mental), amb més prevenció de la malaltia i promoció de la salut des dels **determinants socials de la salut**.
- 8** Cal un enfoc de la **salut a totes les polítiques** i **avaluar integralment** les polítiques de salut.
- 9** Cal portar a terme i avaluar polítiques i intervencions que redueixin les **desigualtats en salut**.
- 10** Cal analitzar i actuar enfront de les **necessitats sociosanitàries** de salut pública de forma integral (biopsicosocial).
- 11** Cal invertir **més en recerca social i comunitària** de la salut pública amb la participació d'una població apoderada.
- 12** Cal desenvolupar una sanitat amb **més democràcia, transparència i participació popular**.